Lane Medical Library

BEITRAG ZUR CASUISTIK DER SPONTANLUXATIONEN MIT PFANNENWANDERUNG.

INAUGURAL-DISSERTATION

MIT GENEHMIGUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTAET

DER VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITAET

HALLE-WITTENBERG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER MEDICIN UND CHIRURGIE

ZUGLEICH MIT DEN THESEN

OEFFENTLICH VERTHEIDIGT

AM

25. JULI 1872 — VORMITTAGS 11 UHR.

VON

KARL FRESE,

AUS LUEBBECKE.

GEGEN

H. KETEL, DR. MED.

G. FIELITZ, CAND. MED.

HALLE,

BUCHDRUCKEREI VON LIPKE.

SEINEM LIEBEN ONKEL

HERRN DR. J. FRESE

VOM

VERFASSER.

Das Vorkommen von spontanen resp. pathologischen Luxationen in Folge von acutem und chronischem Hydarthos, chronischer Gelenkvereiterung mit cariöser Zerstörung der Gelenkknochen, chronisch-fungöser Gelenkentzündung mit caries sicca, etc. etc., ist wohl länger bekannt, nur war man auch hier wie auf manchem andern Gebiete über die Häufigkeit des Vorkommens derselben zu verschiedenen Zeiten sehr verschiedener Ansicht. Rust und mit ihm die ältere Wiener Schule glaubte, dass spontane Luxation die gewöhnliche Complication einer chronischen Gelenkentzündung sei, ja man ging sogar soweit, beide Processe gewissermaassen mit einander zu identificiren. Wie natürlich folgte hierauf eine um so stärkere Reaction, die das Vorkom-

men von Spontanluxationen vollständig leugnete. Gegenwärtig wissen wir jedoch, dass Spontanluxationen, wenn auch grade nicht häufig, so doch öfter beobachtet werden, am Häufigsten wohl am Hüftgelenk, dann am Kniegelenk, sehr selten am Ellenbogengelenk. Die Literatur dieser Art von Luxation ist leider noch eine sehr dürftige, so so sagt z. B. Billroth[1]) nur, dass Spontanluxationen bisher an der Hüfte beobachtet seien, dass sie möglicherweise aber auch an der Schulter vorkommen könnten. Prof. R. Kolkmann[2]) betont in seinem Werke über die Krankheiten der Bewegungsorgane die grössere Häufigkeit der Spontanluxation des Hüftgelenkes, und erwähnt ferner, dass er von Spontanluxation des Ellenbogengelenkes nur zwei Fälle beobachtet habe.

Auch Gurlt[3]) erwähnt die Spontanluxation des Cubitalgelenkes.

Was nun die Spontanluxation des Hüftgelenkes

---

1) Billroth, Handbuch der allgemeinen Chirurgie.
2) von Pitha und Billroth, Chirurgie Bd. II., 2. Abth. p. 661.
3) Gurlt, Gelenkkrankheiten.

anbelangt, so wissen wir, dass bei ihr eine Nearthrosenbildung häufiger beobachtet wird, ähnlich der Nearthrosenbildung bei veralteten, traumatischen, nicht reponirten Luxationen. Man hat diesen Vorgang, bei dem zugleich mit dem Fortschreiten des cariösen Processes durch Muskelzug etc. ein stetiges, allmähliges Ausdehnen des cariösen Acetabulums durch den ebenfals gewönlich cariös zerstörten Femurkopf stattfindet, als „Wanderung der Pfanne," oder „intraacutabuläre Luxation" beschrieben.

Diese Wanderung des Gelenkes ist bisher nur beim Hüftgelenk beobachtet worden.

Von den verschiedenen Arten der Hüftgelenksluxation nun, ist wohl eine der seltensten die luxatio supracotyloidea, auf die sich erst in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit mehr gerichtet hat. Wir wollen hier die Art und Weise, wie diese Luxationsart entsteht, ihre diagnostischen Merkmale etc. nicht näher erwähnen, das würde uns zu weit führen, wir verweisen auf die von Geh. Bath Blasius[1])

1) von Langenbeck, Archiv für Chirurgie XII.

verfasste kleine Schrift, dessen Autorität wir ja unbedingt folgen dürfen: „Beiträge zur Lehre von der Coxalgie.“

Die Literatur dieser so seltenen Luxationsart ist ebenfalls eine nur sehr geringe. Bisher waren nur zwei Fälle derselben von Gurlt[1]) erwähnt worden, ein Fall von Longfield,[2]) und ein andrer Fall, dessen Präparat sich im Mus. of the Roy. College of Surg. of England[3]) befindet. Wir theilen beide Fälle hier mit, wie sie Gurlt im Auszuge angegeben hat.

Fall von Longfield. Ein Seesoldat wurde von einem Leberleiden befallen und in einem Zustande von Abmagerung und sehr ausgesprochener Schwäche seiner Familie zurückgegeben. Der rechte Schenkel war um 3'' verkürzt, und nach einer aufmerksamen Untersuchung fand Longfield den Schenkelkopf grade nach oben luxirt, wo man seine Erhöhung deutlich fühlte. Der Patient wusste nicht

---

1) Gurlt, Beiträge zur vergleich. pathol. Anatomie des Gelenkes. pag. 414.

2) The Edinburgh Med. and Surg. Journal, 1810. vol. VI., pag. 436.

3) Gurlt, Gelenkkrankheiten pag. 414.

wovon er die Dislocation herleiten sollte, da er nie einen Schmerz in dieser Gegend empfunden habe. Nach Verlauf von 6 Wochen war sein Allgemeinbefinden wieder in gutem Zustande. Man machte dann von China Gebrauch und nach einem Monate fand sich die Luxation von selbst eingerichtet.

Präparat im Mus. of the Royal College of Surg. of England. Nr. 932. „Dislocation des Schenkelkopfes nach oben.“ Der Schenkelkopf, der seinen ganzen Knorpelüberzug, mit Ausnahme des äussern Randes, verloren hat, ist oberflächlich ulcerirt, mit einer dünnen Faserstoffschicht bedeckt, und fast grade nach oben dislocirt. Der hintere Theil des Schenkelhalses, der auf dem Pfannenrande ruht, ist abgeflacht und deprimirt; das ganze fibröse Gewebe um den Schenkelhals herum ist verdickt. Auf dem obern Rande der Pfanne ist neuer Knochen gebildet worden, und eine sehr geräumige Kapsel von zähem fibrösen Gewebe findet sich um den Schenkelkopf und Hals vor. Eine kleine Oeffnung durch den Grund der Pfanne ist mit einer weichen Substanz ausgefüllt.

In neuerer Zeit sind vom Dr. A. R. Blasius [1]) weitere vier Fälle von luxatio supracotyloidea spontanea veröffentlicht worden, im Ganzen also 6 Fälle. Ich führe auch diese 4 Fälle hier kurz im Auszuge an, um das gesammte Material beisammen zu haben.

Fall III. Stud. K. 22 Jahr alt, erkrankte ohne nachweisbare Veranlassung an einer Entzündung des linken Hüftgelenkes. Anfangs war das Bein beweglich, auch weder eine Verschiebung des Beckens, noch eine fehlerhafte Stellung des Oberschenkels wahrzunehmen. Ohne grosse Veränderung blieb der Zustand einige Monate derselbe, nur war die Schmerzhaftigkeit des Gelenkes stets gross. Eines Tages bemerkte der behandelnde Arzt plötzlich eine sehr abnorme Stellung des Gliedes; dasselbe war verkürzt und sehr stark nach aussen rotirt. Im Gelenke keine Bewegung möglich. Dicht neben der untern vordern Darmbeingräthe nach

---

1) A. R. Blasius, Luxatio femoris supracotyloidea traumatica et spontanea. Inaug. Dissert. Halle 1869.

aussen fühlte man deutlich den Schenkelkopf; es war also eine luxatio supracotyloidea vorhanden.

Bei der Section zeigte sich, dass der coxalgische Prozess vollständig ausgeheilt war, nirgends befand sich eine Spur von Eiterung. Das alte Acetabulum war leer, mit bindgewebiger Masse ausgefüllt. Der mittlere Theil der Pfanne sehr dünn, im übrigen verschiedene grössere flache Aushöhlungen. Die obere Pfannenwand war rauh und sehr abgeflacht, unmittelbar über ihm lag die neue Pfanne, welche sehr gut ausgebildet war. Um die alte und neue Pfanne hatte reichliche Knochenneubildung stattgefunden. Die Oberfläche des Gelenkkopfes war rauh, von Knorpel vollständig entblösst. Durchsägt zeigte Schenkelkopf und Hals normale Beschaffenheit.

Fall IV. Der 14 jähr. Knaben R. fiel von einem Baume und zog sich dadurch eine Entzündung des rechten Hüftgelenkes zu. Bei seiner Aufnahme war die rechte Extremität verkürzt, hauptsächlich durch Schiefstellung des Beckens; der ober-

ste Theil des Schenkels geschwollen, heiss und sehr empfindlich. Bald stellte sich Eiterung ein. Der Knochen bis zum grossen Trochanter war aufgetrieben. Als sich die Empfindlichkeit verloren hatte, fühlte man, wenn man von dem Trochanter nach dem Schenkelkopfe hinging, deutlich eine rundliche, harte Geschwulst, die sich verschiebbar zeigte, und dabei Krepitation wahrnehmen liess. Die Extremität war etwas verkürzt, adducirt, nach aussen gerollt.

Patient starb 2 Monate nach seiner Erkrankung an Pneumonie.

Das Markgewebe des Schenkels zeigte sich zerstört, und in der mit Eiter gefüllten Höhle ein Sequester von 1'' Länge. Der Schenkelkopf war gänzlich und der Schenkelhals theilweise cariös zerstört. Oberhalb der alten Pfanne hatte sich eine neue unvollkommene gebildet. Das alte Acetabulm war gesund, mit einer fast gallertigen Masse ausgefüllt.

Fall V. Ein 59jähriger geisteskranker Mann fiel auf die linke Hüfte; es traten Schmerzen und

Schwerbeweglichkeit in dem betreffenden Gelenke ein, ohne dass Anfangs eine Verkürzung zu bemerken war. Patient war auch nicht am Aufstehen verhindert. Allmälig während der Kranke umherging hatte sich die Extremität verkürzt und mit der Fussspitze nach aussen gewendet. Die Verkürzung betrug 3 cm. 13 Monate nach der Beschädigung starb Patient.

Die Knochen waren in trocknen Zustande halisteretisch und brüchig. Auf der linken Seite des Beckens an der untern Darmbeingräthe befand sich eine neugebildete Pfanne, deren Boden etwa 3 Linien über dem Niveau der alten stand. Der Rand der alten Pfanne war verschwunden. Der Kopf des Schenkels nebst dem grössten Theil des Halses fehlte gänzlich.

Fall VI. Der 34jährige L. zog sich ohne bekannte Ursache eine linksseitige Coxitis zu, die unter starker Eiterung verlief, und nach längerer Zeit mit einer Ankylose heilte. Zwei Jahre später bildete sich unterhalb des Gelenkes ein bedeutender Abscess, der, sich spontan öffnend, eine grosse

Menge Eiter entleerte. Zwei Wochen nach Entstehung desselben, erfolgte der Tod durch Pyaemie.

Die Pfanne war grösstentheils ihres Knorpels beraubt und rauh, nach oben zu durch den Druck des Gelenkkopfes erweitert. Dieser stand dicht nach aussen von der spina ilei inferior und zwar war sein oberer hinterer Kugelabschnitt durch knöcherne Ankylose mit dem Darmbein verwachsen. Der innere, untere Kugelabschnitt sah in die alte Gelenkhöhle und war mit Osteophyten bedeckt. Das Bein stand in ziemlich starker Flexion (etwa $^1/_2$ Rechter) Rotation nach aussen und geringer Adduction. Der trochanter major stand nach hinten und aussen vom Schenkelkopf. Entfernung von der Symphyse zu dem Trochanter bei gleicher Stellung des gesunden Beines betrug: rechts 5'' 3''', links 5'' 8''' und von der spina ilei ant. inf. zum Trochanter rechts 2'' 9''', links 3'' 7'''.

Unter diesen Fällen wird der letzte als besonders interessant bezeichnet, weil bei ihm eine Wanderung der Pfanne stattgefunden hatte. Es dürfte immerhin lohnend sein, noch einen Fall von

luxatio supracotyloidea spontanea beizubringen, bei dem ebenfalls eine exquisite Pfannenwanderung stattgefunden, und bei der die neugebildete Gelenkpfanne einen ziemlich hohen Grad von Vollkomenheit erreicht hat.

Wir verdanken unsern Fall der Güte des Hrn. Dr. Köppe, Directors der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt, dem wir an dieser Stelle für die grosse Liebenswürdigkeit mit der er in jeder Weise diese Arbeit gefördert hat, noch einmal den herzlichsten Dank aussprechen.

Doppelt interessant wird unser Fall dadurch, dass bei demselben Individuum noch eine zweite Spontanluxation stattgefunden hat, eine Luxation der II. Phalanx des rechten Zeigefingers auf die Volarfläche der I. Phalanx mit Wanderung des Gelenkes; unsers Wissens der erste Fall dieser Art, der beschrieben worden ist. Wenn wir von den im Gefolge von Arthritis deformans und ähnlichen deformirenden Processen, vorkommenden mehr oder weniger vollständigen Luxationen absehen, deren ganze Entstehungsweise wohl kaum den Namen

einer Spontanluxation rechtfertigt, so haben wir in der Literatur nur einen Fall von Spontanluxation einer Phalanx auf die andere verzeichnet gefunden, und zwar in dem schon mehrfach erwähnten Werke von Gurlt.[1]) Der Fall ist zuerst von Curveilhier[2]) veröffentlicht worden, ich gebe ihn im Auszuge wieder, wie ihn Gurlt anführt.

„Bei der durch chronische Gelenkentzündung entstandenen Dislocation der ersten Phalangen der Finger fanden sich diese nach der Volarseite der betreffenden Metacarpalknochen luxirt, wesshalb die untern Enden der letzteren, welche ohne Knorpelüberzug und missgestaltet waren, einen beträchtlichen Vorsprung nach der Dorsalseite der Hand hin machten. Die Articulationen der Phalangen waren derselben Dislocation unterworfen. Es fand hier eine Luxation der 2ten Phalanx auf die Dorsalfläche der 1ten statt, bisweilen nur an einzelnen Fingern. Ausserdem war Usur und eine Art von

1) Gurlt, Gelenkkrankheiten pag. 373.

2) Curveilhier, Anat. pathol. avec planches Livrais. 34 Pl. I. und Anat. pathol. générale (S. 63.) T. I. pag. 464.

Wurmstigichkeit in dem meisten Gelenken der Hand ohne supplementäre Wucherungeu vorhanden".

Wir sehen, in diesem einzigen Fall von Spontanluxation einer Phalanx, den wir in der Literatur haben auffinden können, ist eben nur von einer Luxation die Rede, nicht aber zugleich auch von einer Wanderung des Gelenkes. Wir glauben desshalb um so mehr unsern höchst interessanten Fall veröffentlichen zu müssen, und lassen hier Krankengeschichte und Sectionsbericht gleich folgen:

H. v. B. 1809 geboren, wurde schon im 18. Lebensjahre geisteskrank und von 1835 an dauernd in Irrenanstalten (seit 1845 in Halle) als an unheilbarem secundären Wahnsinn leidend bewahrt. Sein geistiges Befinden blieb wesentlich unverändert, sein körperliches ebenso ungestört. Im Juni 1869 klagte Patient zuerst über eine nicht allzu schmerzhafte Anschwellung des ersten Phalangealgelenkes des rechten Zeigefingers. Eine nicht sehr differente lokale Behandlung hielt die Vergrösserung der Geschwulst nicht auf. Ungefähr drei Monate später stellten sich Schmerzen im linken Kniegelenk ein;

bald darauf auch im Hüftgelenke derselben Seite. Während eines halben Jahres wurden die Functionen der Extremität immer schwieriger; Geschwulst der Hüft- und Kniepartie wurde beträchtlicher, die des Knie's verschwand bis auf einen stationären Rest nach längerer Anwendung eines Gipsverbandes; die der Hüftgegend nahm stetig zu. Vom März 1870 an lag, mit anfänglichen kürzeren Unterbrechungen, Patient bis zu seinem Tode im Bette.

Von vornherein fiel die Gleichmässigkeit der Anschwellung der Hüfte auf; nicht nur die Hinterbacken, sondern auch der äussere, namentlich der vordere Theil waren prall geschwollen; die nach vorn resp. dem Darmbein zu wurde immer beträchtlicher. Der Schenkelkopf wurde an dieser Stelle mit Sicherheit nie gefühlt; die passive Beweglichkeit wurde nicht aufgehoben, obwohl sie allmälig schwerer wurde; die active hatte während des letzten Halbjahres ganz cessirt. Das Bein hatte sich bereits seit Monaten allmälig verkürzt und war nach aussen rotirt, als — ein Vierteljahr vor dem Tode — die Temperatur plötzlich stieg, und sich nach

aussen und innen am Oberschenkel Abscesse öffneten die bis zum Tode nur geringe Quantitäten dünnen Eiters und mitunter kleine Knochenstückchen secernirten. Crepitation war sicher vor Eröffnung der Abscesse gefühlt. Ausser der beträchtlichen Verkürzung, und der Rotation nach aussen war auch der Oberschenkel etwas nach aussen geschoben. Das Knie war mässig flectirt, das Hüftgelenk nicht.

Die Geschwulst des Zeigefingergelenkes hatte sich schon am Ende des Jahres 1869 geöffnet; es wurde anfänglich eine grössere Menge wenig klarer, wässriger Flüssigkeit secernirt, die allmälig jedoch nicht bis zum völligen Verschwinden an Quantität abnahm. Es kamen Granulationen aus der Oeffnung welche sich bald überhäuteten und als eine kleine erbsengrosse Geschwulst neben der Oeffnung bestehen blieben. Crepitat. wurde nie gefühlt. Schon nach 2monatlichem Bestehen der Oeffnung war eine Abweichung der beiden letzten Phalangen nach der Ulnarseite und Verkürzung des Fingers nicht zu verkennen. Später markirte sich noch mehr, dass die II. Phal. unter die I. trat und mit ihr einen Winkel von schliesslich circa

135 Grad bildend, mit dem radialen Köpfchen ihres Gelenkendes an der Radialseite der 1ten Phalanx prominirte.

Während der letzten Woche verfiel Patient rasch. Ohne von hohem Fieber begleitet zu sein, traten vom 16ten November 1871 Durchfälle ein, und am 24ten desselben Monats erfolgte der Tod. — Die Section ergibt folgenden Befund:

Am Schädel sind fast sämmtliche Näthe innen wie aussen verstrichen, die dura mater ist etwas verdickt, die weichen Häute sind stark infiltrirt und ödematös. Gyri stehen weit von einander ab, nicht in gleicher Höhe. Beide Substanzen sind mässig blutreich.

Beide Lungen sind in ihrem ganzen Umfange der Brustwand dicht adhärent, das Gewebe ist morsch ödematös. Das Herz ist fettreich, mit bleichem Fleische, und schwach verdickten Klappen. Die Aorta ist mässig atheromatös. Im Darme sind hier und da streckenweise Hyperämieen und Schwellung der Schleimhaut. Die Milz ist von abnormer Derb-

heit. Die Nieren sind blutarm, mit schwer trennbarer Kapsel.

Am 4. u. 5ten Lendenwirbel sind einige kleine Partieen durch cariösen Prozess zerstört; sie sind mit wucherndem Granulationsgewebe ganz ausgefüllt, nur an einer Stelle finden sich einige Tropfen sehr eingedickten Eiters. Das Knochengewebe des 4ten Wirbels zeigt normale Structur, das des 5ten dagegen ist in der Nähe des cariösen Heerdes bis zur Hälfte seines Volumens sclerosirt. Beide Wirbelkörper sind an der linken Seite durch eine osteophytische Knochenbrücke mit einander verbunden. Cartilago intervert. zeigt normales Verhalten. Der linke m. psoas major ist in ein plattes Band von 8,5 Cmt. Breite nur wenig Muskelfasern enthaltend, verwandelt. Der linke m. iliacus ist in eine fette, schwielige Masse umgewandelt, und zeigte keine Spur von normalem Muskelgewebe.

Das ganze l. Bein ist ödematös geschwollen, das linke Gesäss mehr als das rechte gewölbt. Die Fussspitze ist nach aussen rotirt, der Schenkel leicht beweglich. Der Abstand des condylus internus des

linken Oberschenkels von der spina ilei anterior superior, derselben Seite beträgt 49,5 Centimeter, der Abstand des condylus internus des rechten Femur von der rechten spina ilei ant. sup. beträgt dagegen 52,5 Cmt. Der linke Oberschenkel weist also eine Verkürzung von 3 Cmt. auf. Linkerseits sind sämmtliche Beckenmuskeln (mm. glutaei, m. pyriformis etc. etc.) in ein schwieliges sehr derbes Gewebe, in das vielfältig Fettmassen eingelagert sind, und das nur noch hier und da Spuren von blassem, schlaffen, ödematösen Muskelgewebe zeigt, umgewandelt.

Von den Oberschenkelmuskeln ist der m. tensor fasciae latae m. sartorius, m. gracilis, m. pectineus grösstentheils verfettet, weniger stark die 3 mm. adductores. Am oberen Theile des l. Oberschenkels finden sich mehre Fistelöffnungen, die mit längeren Gängen zum Hüftgelenk führen. In ihrem oberen Ende finden sich einzelne, kleine Knochenplättchen.

Das Periost des Trochanters ist schwartig verdickt, er selbst von Eiter umspült. Der n. ischia-

dicus ist bis ein Drittel seiner Länge am Oberschenkel von Eiter umspült, das ihn umgebende Gewebe schwartig verdickt, das ihn durchsetzende Zellgewebe sehr fettreich, so dass er um das Doppelte verdickt erscheint. Die Nervenfasern selbt scheinen (40 St. post mortem) etwas grau gefärbt zu sein. In der vena cruralis finden sich ältere, das Lumen nicht völlig ausfüllende, der Wand adhärirende Gerinnsel. Die intima der art. cruralis ist gefaltet und atheromatös degenerirt.

Im linken Kniegelenk befindet sich vermehrte, etwas getrübte Synovia.

Der zum grössten Theil cariös zerstörte Kopf des Femur, hat die alte Pfanne völlig verlassen. Durchsägt zeigt das Knochengewebe des Femur normale Structur, nur scheint es an einigen Stellen etwas sclerosirt zu sein. Die alte Gelenkhöhle ist von einem fettreichen, fibrösen, schwartigen Gewebe angefüllt. Das Kapselband selbst ist verdickt, besonders an der vordern Seite, doch von etwas weniger als normaler Festigkeit. Dicht über der alten Pfanne nach oben, seitwärts und vorn unter der spina ilei

anterior superior befindet sich eine neue Gelenkpfanne, in der der Kopf des Femur durch dickes fibröses Gewebe befestigt ist. Derselbe ist von Eiter umspült, und rings von wucherndem Granulationsgewebe umgeben. Die neue Pfanne hängt mit der alten, die zum grössten Theil obliterirt ist, durch einen Kanal in dem fibrösen Gewebe zusammen. Im Gewebe selbst befinden sich mehrere nekrotische Sequester eingebettet. Der grössere davon liegt an dem untern vordern Rande der alten Pfanne, zwei etwas kleinere etwas seitlich in dem Gewebe der neuen Pfanne, ein vierter grade mitten am innern obern Umfange der neuen Gelenkhöhle. An der äussern Seite der neuen Pfanne führt ein ziemlich bedeutender Fistelgang nach aussen.

Die alte sowohl wie die neue Pfanne sind besonders am inneren oberen Rande in der Gegend der spina ilei anterior inferior von Osteophyten umgeben, ebenso die innere vordere Fläche des Darmbeins.

Das macerirte Knochenpräparat zeigt am Grunde sowohl der alten wie der neuen Pfanne die Zerstö-

rungen des cariösen Processes in sehr characteristischer Weise; der Knochen ist rauh und zerfressen und zeigt einzelne prominirende Knochenpartikelchen in besonderer Schönheit.

Im Grunde des alten Acetabulums ist eine etwa thalergrosse Stelle vom wuchernden, fungösen Granulationsgewebe fast bis zur theilweisen Durchlöcherung rareficirt, so dass die Stelle vollständig durchscheinend ist, und in Kürze hätte ein Durchbruch in's Becken stattfinden müssen.

Das obere supercilium des alten Acetabulum's ist vollständig cariös zerstört, doch zeigt noch ein knöcherner Wulst seine Stelle an, und trennt die alte von der neuen Pfanne. Am untern vordern Rande des alten Acetabulums befindet sich eine ziemlich ausgeprägte Knochenhöhle, in der sich der oben erwähnte grössere Sequester lose eingebettet befindet.

Der rechte Zeigefinger zeigt eine erhebliche Verkürzung, die II. Phalanx ist auf die Volarfläche der I. Phalanx luxirt, und zeigt eine erhebliche Schiefstellung nach der Ulnarseite, mit der I. einen

Winkel von circa 135 Grad bildend. Die häutigen dorsalen Gelenkfalten des Gelenkes zwischen I. und II. Phalanx scheinen nach vorn verschoben und sind in sehr kurzem Abstande von den Gelenkfalten des letzten Phalangealgelenkes, ja an einigen Stellen fast in dieselben übergehend. Am Radialrande der I. Phalanx findet man das capitulum der II. Phalanx sehr deutlich prominirend. Das Gelenk zwischen I. u. II. Phalanx ist vollständig von wucherndem Granulationsgewebe angefüllt, das nach oben an einer Stelle durchgebrochen ist, und sich als kleine, weiche warzenförmige Erhöhung präsentirt. Im Gelenke selbst ist keine Spur von Eiter.

Am macerirten Präparate sieht man nun die bedeutende Abweichung der II. Phalanx nach der Ulnarseite; beide Phalangen die I. und die II. bilden einen Winkel von circa 115 Grad. Die Volarfläche der ersten Phalanx ist bis zur Hälfte ihrer Länge durch cariöse Zerstörung in ihrem Dickenvolumen rareficirt, zeigt im übrigen eine vollständig glatte Schlifffläche, die an ihrer nach der Hand zugekehrten Grenze eine wenn auch nur unvollständig aus-

gebildete cavitas glenoidalis zeigt. Die Dorsalfläche der ersten Phalanx ist normal, nur ist der, der zweiten Phalanx zugekehrte Gelenkkopf etwas arrodirt. Die zweite Phalanx zeigt an ihrer Dorsalfläche dem entsprechend, eine ähnliche Gestalt, ihr Dickenvolumen ist sehr verringert. Sie zeigt auf der Dorsalfläche ebenfalls eine glatte Schliffläche, die nach dem der Fingerspitze zugekehrten Ende durch eine sehr schön ausgeprägte cavitas glenoidalis begrenzt wird, in der der Gelenkkopf der ersten Phalanx articulirt. Beide Schlifflächen, die der Volarseite der I. Phalanx, und die der Dorsalseite der zweiten Phalanx bilden zwei einander parallele Ebenen die genau einander aufliegen; nur prominirt der Gelenkkopf der zweiten Phalanx, wie schon erwähnt, an der Radialseite der ersten Phalanx. Die zweite Phalanx hat eine Länge von 2 Cmt.; von der neugebildeten cavitas genoidalis bis zu ihrem der Fingerspitze zugekehrten Ende eine Länge von nur 0,6 Cmt. Die Volarfläche der 2. Phalanx ist normal.

Wir verweisen zur genaueren Orientirung auf die

beigefügten Zeichnungen, deren detaillirtere Beschreibung wir unten folgen lassen. —

Fassen wir nun die Ergebnisse der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes zusammen, so dürften sich daraus einige deutliche Fingerzeige ergeben, mit welcher Art von Gelenkaffection wir es zu thun haben. Die Hüftgelenksaffection anlangend, so sehen wir, dass das Leiden auch hier durch die, man möchte sagen typische, schmerzhafte Affection des Kniegelenkes derselben Extremität eingeleitet wird.

Der ganze Verlauf des Hüftgelenksleidens entwickelt sich so vollständig chronisch, dass wir wohl mit einiger Sicherheit behaupten können, das primäre Leiden sei eine chronisch-fungöse Gelenkentzündung gewessen, verbunden mit peripherischer Caries sicca des Gelenkkopfes des Femur und des Acetabulum's. Zwei Jahr dauert der Prozess, ohne dass eine Eiterung hat nachgewiesen werden können, kein hohes Fieber, nichts was auf eine ursprüngliche eitrige Coxitis hindeutete. Da $^1/_4$ Jahr vor dem Tode stellt sich erhöhte Temperatur ein, es zeigt sich Fluctuation am Gelenke, es bildet sich ein

Abscess und der Eiter bahnt sich durch verschiedene Fisteln einen Weg nach aussen. Kurz vor der Eröffnung des Abscesses wird Crepitation gefühlt, die vorher nicht constatirt war. Woher nun mit einem Male die Eiterung? es ist doch nicht grade das Gewöhnliche dass ein bisher völlig chronisches Leiden ohne nachweisbare Ursache plötzlich einen acuten Verlauf nimmt. Wir glauben das so erklären zu dürfen. Wir haben oben gesehen, dass sich sowohl in der alten wie in der neuen Pfanne einige nekrotische Sequester eingebettet befanden. Sie rühren wahrscheinlich von dem cariös zerstörten obern Supercilium des Acetabulum's her, sind durch den Druck des Femurkopfes und den weiter vorschreitenden destruirenden Prozess gelöst, sind von dem stetig nach oben rückenden Gelenkkopf des Oberschenkels mittransportirt worden, und haben nun durch den starken mechanischen Reiz den sie ausübten, eine eitrige Coxitis erregt.

Vergleichen wir unsern Fall von luxatio supracotyloidea mit den oben im Auszuge angeführten, so sehen wir dass nur in einem dieser Fälle (VI)

eine Wanderung der Pfanne stattgefunden hat, in 3 andern (III. IV. V.) dagegen Neubildung einer Pfanne, die nicht mit der alten communicirt.

In 3 Fällen (I. III. u. IV.) wurde der Schenkelkopf deutlich gefühlt (in 3 andern ist nichts davon erwäht) in unserm Falle wurde er nicht gefühlt. Bei Fall IV. war ebenso wie in unserm Falle der Schenkelkopf grösstentheils cariös zerstört, bei Fall V. bleibt es unentschieden ob Kopf und Hals vollständig zerstört, oder ob nur der Hals zerstört ist, und der getrennte Kopf später verloren gegangen ist. Währeud in allen andern Fällen der ganze Prozess mehr oder weniger schnell verläuft (von 2 Mon. bis zu 13 Mon.) fällt uns in unserm Falle der so langsame chronische Verlauf auf, der circa $2^1/_4$ Jahr dauert.

Die Affection des ersten Phalangealgelenkes des rechten Zeigefingers anlangend, so glauben wir es hier ebenfalls mit einer primären chronisch-fungösen Gelenkentzündung verbunden mit Caries sicca der Gelenkenden der Phalangen zu thun zu haben. Freilich giebt die Krankengeschichte an, dass seit

Bestehen des Leidens bald grössere, bald kleinere Mengen einer wenig klaren, wässrigen Flüssigkeit secernirt wurden; von Eiter ist dabei aber nicht die Rede. Leider ist diese secernirte Flüssigkeit nicht auf Eiterkörperchen und kleinste Knochenpartikelchen untersucht worden. Aber könnte nicht die chronisch entzündete Synovialis des Gelenkes diese Flüssigkeit secernirt haben?

Dass der luxirte Gelenkkopf der 2. Phalanx grade nach der Radialseite abgewichen ist, lässt sich wohl dadurch erklären, dass die Finger gewöhnlich an und für sich, mehr oder weniger sich in Adductionsstellung befinden, und ferner dem Ausweichen einer Phalanx des Zeigefingers nach der Radialseite keinerlei mechanisches Hinderniss im Wege steht.

Auch den cariösen Process an den beiden Lendenwirbeln könnte man wohl, trotz der 2—3 Tropfen sehr eingedickten Eiters, als Caries sicca bezeichnen, da der Eiter beim Zerreiben zwischen den Fingern kein sandiges Gefühl, als von kleinen Knochentheilchen herrührend, wahrnehmen liess, und

im Uebrigen die in den Wirbeln gebildeten, cariösen Höhlen durch wuchernde, dem Knochen dicht adhärirende, in ihn hineinwachsende Granulationen vollständig ausgefüllt sind.

Erklärung der Tafel.

Fig. I. zeigt die linke Beckenhälfte in unmacerirtem Zustande in natürlicher Grösse.

a. Die mit fibrösem Gewebe ausgefüllte alte Pfanne.

b. Die neue Pfanne mit schwartigem Gewebe ausgefüllt.

c. Verbindungskanal zwischen alter u. neuer Pfanne.

dd. Nekrotische Sequester.

Fig. II. Dasselbe Präparat ($^1/_2$ natürlicher Grösse) macerirt; Knochenwulst zwischen alter und neuer Pfanne. Osteophyten.

Fig. III. Rechter Zeigefinger unmacerirt, natürliche Grösse.

a. Granulationswucherung nach aussen durchbrechend.

Fig. IV. Macerirtes Präparat des Fingers, natürliche Grösse.

Fig. V. Seitenansicht von der Radialseite.

Fig. VI. Durchschnitt durch den nervus ischiadicus, zeigt die einzelnen Nervenbündel im fettig infiltrirten Zellgewebe.

Lebenslauf.

Ich, Karl Ernst Gerhard Frese, evangelischer Confession, Sohn des Lederfabrikanten August Frese und der Frau Amalie Frese geb. Freese, wurde zu Lübbecke in Westphalen am 10. April 1847 geboren. Den ersten Schulunterricht genoss ich in meiner Vaterstadt und besuchte dann 6 Jahre das Gymnasium zu Gütersloh, welches ich Ostern 1867 mit dem Zeugniss der Reife verliess, um in Halle Medicin zu studiren. Nachdem ich in Halle von Ostern 1867 bis Ostern 1870 studirt und dort das tentamen physicum bestanden hatte, bezog ich die Universität Würzburg. Mein Studium wurde durch den Ausbruch des deutsch-französischen Krieges unterbrochen; ich stand während desselben als Unterarzt beim 6. Thüring. Inf.-Reg. Nr. 95.

Nachdem ich im Herbst 1871 vom Militair entlassen war studirte ich Wintersemester 1871/72 wieder in Halle.

Ich besuchte während meiner Studienzeit die Vorlesungen folgender Herren:

In Halle: Geh. Rath Volkmann, Prof. Welcker, Prof. Knoblauch, Prof. Heintz, Geh. Rath Weber, Geh. Rath Krahmer, Prof. R. Volkman, Prof. Olshausen, Prof. Graefe, Dr. Nasse, Dr. Franke, Dr. Steudener.

In Würzbrg: Hofrath v. Bamberger, Hofrath v. Linhardt, Geh. Rath Scanzoni, v. Lichtenfels, Prof. v. Recklinghausen, Dr. Hasse.

Allen Herren an dieser Stelle den herzlichsten Dank.

Thesen.

I.

Die Roser-Nélaton'sche Linie ist zur Differentialdiagnose der Erkrankungen des Hüftgelenkes und des Femur unentbehrlich.

II.

Das Touchiren der Wöchnerinnen ist nur im Nothfalle zulässig.

III.

Die Kaltwasserbehandlung ist nicht in allen Fällen von Abdominaltyphus durchzuführen.